

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

119

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FAUSSES

TUBERCULOSES PULMONAIRES

PAR

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

PAR

JACQUES FESTAL

Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1921

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1921

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

119

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FAUSSES
TUBERCULOSES PULMONAIRES

PAR

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

PAR

JACQUES FESTAL



Président : M. CHAUFFARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1921

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

M. ROGER

PROFESSEURS.....

MM.

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
RENON
LECENE
LETULLE
PRENANT
DUVAL
POUCHET
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MENETRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT
DUPRÉ
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERSONNE
LEGUEU
BAR
COUVELAIRE
BRINDEAU
J. L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILLEAU

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
céphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRÉ
DESMARET

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
GUILLEMINOT
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
cune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON PÈRE

LE DOCTEUR A. FESTAL

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR A. JALAGUIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. En hommage de profonde re-
connaissance.*

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR GEORGES LAURENS
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL ST-JOSEPH
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui n'a cessé de nous prodiguer son
appui et ses marques d'affection et
nous a permis de profiter, dans la
chaude atmosphère qu'il a su créer
autour de lui, de son enseignement
si vivant.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR GOSSET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

1912

M. LE DOCTEUR FAISANS

1912-13

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

1913-14

M. LE DOCTEUR BELIN

1914

M. LE PROFESSEUR BAR

1919

M. LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

1920

A M. LE PROFESSEUR LEJARS

A M. LE DOCTEUR V. VEAU

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MM. LES DOCTEURS

JEAN BERGER, J. L. ROUX-BERGER

CHIRURGIENS DES HOPITAUX

METZGER, ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

A MM. LES DOCTEURS LECONTE, HUBERT, GIRARD

Introduction

Très nombreux sont les travaux tant en France qu'à l'étranger, qui depuis 30 ans ont cherché à démontrer l'influence des affections du nez et du pharynx sur l'appareil respiratoire. Mais, c'est surtout depuis ces 20 dernières années, plus particulièrement même au moment de la guerre, que l'attention des médecins a été attirée sur des malades présentant un ensemble de symptômes pouvant en imposer pour une tuberculose pulmonaire au début. Dans ces cas, ces suspects ne sont que de faux tuberculeux, la symptomatologie par eux présentée n'est due qu'à une affection de leurs voies respiratoires supérieures.

Nous avons pensé, inspirés et dirigés par notre Maître le Docteur Georges LAURENS, qu'il ne serait pas inutile d'aborder à nouveau le sujet. Nous essaierons de faire de notre travail une sorte de mise au point de la question, en montrant ce qui peut être considéré comme définitivement acquis ; nous exposerons la symptomatologie des lésions pulmonaires pseudo-tuberculeuses chez les malades, porteurs d'affections des voies respiratoires supérieures. Dans le chapitre consacré à la pathogénie, nous rechercherons par quels processus les affections naso-pharyn-

giennes produisent les lésions pseudo-phymiques ; enfin, nous montrerons sur quelles bases le diagnostic différentiel d'avec une tuberculose pulmonaire peut être établi. Nous emprunterons à divers auteurs et nous apporterons nous-mêmes à la fin de ce travail quelques observations. Nous voudrions aussi insister sur la nécessité, de plus en plus absolue, d'une coordination plus grande entre médecins et spécialistes, tant pour le diagnostic de ces fausses tuberculoses que pour leur traitement. Ce dernier n'est pas toujours l'apanage exclusif du spécialiste. Si la guérison de ces faux tuberculeux peut parfois, en effet, être en quelque sorte « miraculeuse », obtenue très rapidement opératoirement, par l'ablation de polypes, par le redressement d'une cloison, par le tarissement d'une sinusité, le plus souvent, un traitement médical s'impose à la suite du traitement chirurgical, traitement fait en grande partie de gymnastique, de rééducation respiratoire, fait aussi d'hygiène générale extrêmement sévère. Pour résumer notre pensée, nous dirons que ces faux tuberculeux opérés, doivent être traités post-opératoirement comme de vrais tuberculeux, jusqu'à la disparition complète de leurs signes généraux et physiques anormaux. Ces faux tuberculeux sont en effet très fréquemment des prédisposés, des candidats à la tuberculose parce que, du fait de leur affection des voies respiratoires supérieures, ils sont handicapés, ils sont des proies plus faciles pour le bacille de Koch. Leur permettre, par une intervention, de se trouver dans des conditions

normalès pour lutter contre le bacille, doit constituer le premier temps du traitement ; le second, besogne essentiellement médicale et qui ne rentre pas dans le cadre de ce travail, est la prophylaxie même de la tuberculose chez des sujets, jusqu'ici en état d'infériorité et placés par l'intervention du spécialiste dans les conditions les plus favorables de lutte. Nous voudrions enfin essayer brièvement de dégager les cas dans lesquels le spécialiste doit intervenir et de quelle façon il doit le faire.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre Maître, le D^r Georges LAURENS, des conseils et des encouragements qu'il n'a cessé de nous donner, ainsi que des observations qu'il a bien voulu mettre à notre disposition. Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici tous nos sentiments de profonde reconnaissance et de très respectueuse affection.

Définition

Quelles sont les affections des voies respiratoires supérieures, susceptibles de provoquer une symptomatologie analogue à celle d'une tuberculose pulmonaire au début? Nous pouvons répondre : *toutes les affections obstruantes et infectantes*. Presque toujours ces deux variétés sont d'ailleurs associées, l'une étant la conséquence de l'autre : en effet, si la lésion nasale ou rétro-nasale peut n'être pas suppurative à proprement parler, les lésions gênant le passage de l'air à travers les fosses nasales, sont presque toujours accompagnées d'un exsudat plus ou moins abondant, qui prend naissance derrière l'obstacle.

Dans notre définition rentreront comme causes les plus fréquentes :

1° Les malformations de la cloison, qu'avec Marcel SIEUR nous pourrions diviser en :

déviation simple,

— luxations du bord inférieur de la cloison sur le plancher de la fosse nasale.

épaississements de ce bord inférieur,

— arêtes ou éperons.

2° L'hypertrophie des cornets inférieurs.

3° Les empyèmes chroniques des sinus frontaux mais surtout maxillaires, avec hypertrophie secondaire des cornets et formation de polypes.

4° La rhinite atrophique dans laquelle on trouve toujours un catarrhe nasal postérieur.

5° Les végétations adénoïdes.

Symptômes

Nous allons voir, en étudiant la symptomatologie produite par ces affections, qu'elle peut permettre souvent de penser à celle d'une tuberculose pulmonaire au début et de ranger le sujet qui en est porteur dans la catégorie des suspects. Signalons cependant que notre description clinique sera forcément un peu schématique, puisque nous réunirons chez notre malade pris pour type, tous les signes possibles de retentissement d'une affection des voies respiratoires supérieures, sur le poulmon et sur l'état général, alors que ces signes, qui peuvent se rencontrer au complet, se trouvent le plus souvent isolément.

Ceci dit, quelles sont les anomalies cliniques ou radiologiques que peuvent présenter ces malades ?

L'état général est souvent défectueux. Il existe presque toujours un état de lassitude générale, d'hypotonie ; il y a parfois amaigrissement avec des troubles dyspeptiques, des vomissements, de la dyspnée d'efforts, des sueurs nocturnes ; parfois enfin, mais beaucoup plus rarement, des hémoptysies signalées par certains auteurs. Ces malades sont des touseurs habituels, ils ont une facilité remarquable à contrac-

ter des bronchites qu'ils baptisent eux-mêmes du nom de « bronchite chronique ». Leur toux, le plus souvent tenace, persistante, peut être quinteuse, sèche, spasmodique ; le plus souvent, elle s'accompagne d'une expectoration extrêmement abondante, surtout marquée le matin au réveil.

Enfin, les poussées thermiques, surtout vespérales, sont signalées dans plusieurs observations, alors qu'au contraire, certains auteurs font de l'absence de fièvre un des principaux éléments du diagnostic différentiel, en faveur de la non spécificité de l'affection.

« Si un malade tousse, maigrit, ou présente des températures anormales, écrit Rist, la première question que pose le médecin n'est pas : « Qu'a-t-il ? », mais bien : « Est-il ou n'est-il pas tuberculeux ? » Nous allons voir par la description des signes physiques rencontrés dans les affections des voies respiratoires supérieures que le médecin, déjà poussé par l'examen général de son malade, dans l'idée qu'il se trouve en présence d'un tuberculeux, va tendre de plus en plus vers ce diagnostic.

L'inspection du thorax du malade, peut déceler un certain degré de rétrécissement, de déformation, avec une déviation de la colonne vertébrale dans le sens latéral ou antéro-postérieur. Toujours ou presque toujours, il existe une diminution d'expansion des sommets, une dépression nette à ce niveau, dépression profonde, intéressant le creux sus et sous-claviculaire et parfois en arrière la fosse sus-épineuse. Pour certains auteurs, ces signes et ceux fournis

par la palpation, la percussion, l'auscultation sont localisés d'un seul côté et le plus fréquemment du côté droit ; pour d'autres, ils sont bilatéraux et cette bilatéralité a une importance diagnostique considérable.

A la palpation : les vibrations dans nombre d'observations ont été trouvées augmentées ; pour d'autres, elles sont normales ou diminuées, jamais augmentées.

A la percussion on trouve de la résistance au doigt et au niveau du creux sus-claviculaire, on rencontre une diminution d'intensité du son, pouvant aller depuis un léger affaiblissement de la sonorité, jusqu'à une submatité nette.

L'auscultation des sommets en avant ou dans la fosse sus-épineuse décèlera toujours, c'est un signe absolument constant, — une intensité moindre de la respiration, un murmure vésiculaire très fortement diminué, toujours une expiration prolongée, parfois une inspiration rude et saccadée, parfois une expiration légèrement soufflante.

Les bruits surajoutés consisteront en petits râles secs ou sous-crépitants ou en râles de bronchites : sibilances, ronchus, ou râles à timbre humide.

Si le médecin traitant, déjà impressionné par cet ensemble de signes, mais hésitant encore à porter le diagnostic de tuberculose, examine son malade radioscopiquement, il trouvera une diminution de la transparence des sommets ; il pourra trouver : « Un voile, qui, dans plus des 2/3 des cas, siège aux som-

mets, parfois uni-latéral et partiel, coiffant le sommet à la manière d'un casque ou se limitant au segment externe ou interne de ce sommet, parfois bilatéral et diffus ». Devant ce résultat, l'opinion du médecin sera presque faite ; il ne lui manquera qu'un signe : la signature de la maladie, : la présence de bacilles de Koch dans les crachats. Nous reviendrons plus loin, à l'occasion de la discussion du diagnostic sur ce signe négatif et nous en verrons toute l'importance. Cependant le tableau esquissé par nous de notre malade est déjà impressionnant. Parmi tous les signes décrits il n'y en a pas un qu'on ne puisse rencontrer dans une tuberculose au début, il y a les mêmes troubles de l'état général et l'apparition de la même symptomatologie du côté du poumon. Mais, si nous poursuivons l'examen du malade qui nous a servi de type, si nous pensons à examiner ses voies respiratoires supérieures, en plus des signes généraux et des signes de condensation pulmonaire, que nous venons de décrire, nous trouverons des signes locaux du côté du naso-pharynx : obstruction nasale, hypersécrétion nasale muco-purulente ou purulente, remontant le plus souvent à des années et sur lesquelles le malade n'attire pas l'attention parce qu'il s'est habitué depuis longtemps à respirer par la bouche ou parce qu'il supporte depuis fort longtemps, sans s'en douter, tous les inconvénients d'une rhinite purulente chronique, tel ce cas, parmi tant d'autres publiés, signalé par

M. RIST où, le malade était pourtant médecin et, circonstance aggravante, rhinologiste.

Nous venons de décrire, nous le répétons, un type clinique très schématique, englobant au complet toutes les modalités symptomatiques.

A côté de lui on rencontre beaucoup plus fréquemment des formes cliniques qui se caractérisent par la présence d'un ou de plusieurs symptômes pulmonaires, par l'apparition de quelques signes fonctionnels ou généraux ; ces signes étant toujours accompagnés, d'ailleurs, de troubles rhino-pharyngiens. Nous pourrions ainsi décrire une forme clinique surtout caractérisée par de la toux, une autre par une modification de l'état général, se traduisant par un arrêt de développement, plutôt que par un amaigrissement réel. Nous pourrions presque dire, en résumé, que pour chacun des signes réunis par nous chez un même malade dans notre description clinique, il existe une forme clinique spéciale, plus particulièrement caractérisée par la prédominance de l'un d'eux ou par son association à quelques autres.

MM. SERGENT et RIST, dans une série d'articles parus récemment, se sont élevés contre ce que l'un appelle « la tuberculo-phobie », l'autre « la hantise de la tuberculose », « due à la sournoiserie des débuts, à l'infinité des déguisements de cette maladie ». Ils ont recommandé avec insistance de tenir compte des infections des voies respiratoires supérieures dans la pathologie des voies respiratoires en général. Déjà VOLPILLAC écrivait, dans sa thèse de 1899, que les manifestations inflammatoires des sinus passaient pour

ainsi dire inaperçues aux yeux des malades et que les symptômes observés en pareil cas, se rapprochent tellement de ceux de la tuberculose, que nombre de médecins ont pu diagnostiquer un processus tuberculeux à évolution plus ou moins rapide. Trop souvent, en effet, lorsqu'on se trouve chez des adultes en présence de la symptomatologie observée, on ne songe pas à la rapporter à une affection des voies respiratoires supérieures. Ceci est si vrai, que les cas signalés d'erreurs de diagnostic de ce genre sont extrêmement fréquents. VOLLPIILLAC cite dans sa thèse un cas publié par HARTMANN, en 1899, d'un malade qu'on croyait atteint de tuberculose pulmonaire et qui guérit par le simple traitement d'une sinusite chronique qu'il portait depuis longtemps. Martin du Magny, dans un rapport à l'Académie de Médecine de 1901, signale plusieurs cas analogues. En 1904, à l'Assemblée des Naturalistes et des Médecins allemands à Breslau, HEYMANN signalait six cas de femmes, jusque-là soignées pour tuberculose pulmonaire, présentant des lésions purulentes des fosses nasales, chez lesquelles la guérison de ces lésions entraîna la disparition des signes pulmonaires. BLUMEL, en 1908, pouvait écrire que sur 1700 malades envoyés par des médecins pour tuberculose à sa clinique spéciale, 5 %, soit 85, n'étaient pas tuberculeux, mais bien de faux tuberculeux guéris très rapidement par le traitement de leur affection des voies respiratoires supérieures. Plus récemment, en 1916, M. SERGENT trouvait parmi 600 militaires envoyés

dans un centre de triage comme suspects de tuberculose, 89 non tuberculeux, dont le plus grand nombre étaient des insuffisants du nez.

Cependant, l'obstruction ou l'infection du nasopharynx dûment constatées, pourra-t-on conclure que tous les signes rencontrés précédemment dans notre description clinique, tant du côté de l'état général que du côté du poulmon, leur sont imputables? Oui, dans certains cas, mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire à celui signalé par MM. SERGENT et RIST et substituer à la « tuberculo-phobie » la « rhinophobie » suivant le mot de M. LAURENS. De vrais tuberculeux au début, porteurs en outre de lésions nasales et le cas est extrêmement fréquent, se verraient étiqueter faux tuberculeux au grand dam du traitement de leurs lésions pulmonaires et au profit du traitement de leur nez ou de leur cavum. Nous pouvons d'ailleurs dire, dès à présent, qu'à notre avis ce traitement, qu'il s'agisse de faux ou de vrais tuberculeux, devrait toujours être entrepris. Quoiqu'il-en soit, l'on sait, à l'heure actuelle, de façon précise, qu'il est une série de symptômes pulmonaires et généraux jusque-là attribués à la seule tuberculose pulmonaire au début ou en évolution, qui peuvent être aussi bien fournis par une obstruction du nez, du naso-pharynx, ou par une infection à point de départ naso-pharyngé. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance sociale considérable qu'ont ces notions, importance que ne peuvent même pas leur refuser les médecins, qui ne s'in-

téressent pas tout particulièrement aux nez bouchés et à la pathologie des voies respiratoires supérieures.

Peut-on considérer que ces affections des voies respiratoires supérieures ont une symptomatologie pulmonaire nettement définie, classée, individualisée? Peut-on, autrement dit, considérer qu'elles amènent non seulement une insuffisance fonctionnelle des poumons, mais encore à la longue une véritable lésion pulmonaire?

Cette hypothèse, dont l'intérêt nous paraît réel, a été émise pour la première fois par un auteur allemand : KRONIG. Depuis ses idées ont été reprises et des observations publiées surtout en Allemagne et en Suisse.

Chauvet, en France, décrit un syndrome pulmonaire, analogue à celui décrit par l'auteur allemand, mais avec une pathogénie et une localisation différentes.

Nous nous contenterons de résumer ce qui nous a paru digne de retenir l'attention sur cette maladie, véritable entité morbide dans l'esprit des auteurs qui l'ont décrite et ayant comme étiologie exclusive une affection des voies respiratoires supérieures : sténose nasale chronique ou écoulement septique dû à une lésion nasale ou rétro-nasale.

Kronig, en 1907, donne à cette maladie du sommet et spécialement du sommet droit le nom de « Kollapsinduration » que nous pouvons traduire : induration pulmonaire par sclérose. La symptomatologie décrite dans une vingtaine d'observations est

la suivante : thorax le plus souvent bien développé, mais la région du sommet droit est rétractée et le thorax, de ce côté, et dans sa partie supérieure, présente des mouvements d'expansion moins amples que le gauche. En revanche, les bases pulmonaires, ont un jeu normal, une expansion normale. La percussion dénote au sommet droit, soit en avant, soit en arrière, de la submatité, parfois même de la matité. Les champs de résonance des sommets (*Spitzenschallfelder*) sont notablement rétrécis. A l'auscultation : diminution du murmure, expiration prolongée, souvent râles sous-crépitants.

Ces malades sont en outre des touseurs habituels, ils ont de la sécheresse de la gorge, des laryngites fréquentes ; ils présentent fréquemment un état de fatigue générale ; en revanche, ils ne font pas d'accidents aigus, pas de température, pas d'hémoptysies, pas de diminution de poids, leur état général reste bon. L'examen des voies respiratoires supérieures décèle toujours une sténose nasale chronique, une hypersécrétion nasale, avec écoulement postérieur. L'examen laryngoscopique montre des cordes vocales à aspect pathologique, allant de la simple rougeur avec parésie des constricteurs, jusqu'à la rougeur diffuse avec épaissement des cordes. Ces lésions constituant de simples lésions de laryngite aiguë ou chronique, traduisant l'irritation du larynx.

Blumel publie après Kronig les résultats de ses observations : il trouve 17 cas de malades âgés de 17

à 30 ans, tous porteurs d'une obturation nasale, présentant la symptomatologie décrite par Kronig, avec début remontant à six mois pour certains cas, à 10 ans pour d'autres. Il signale en plus des modifications notables de l'état général : palpitations, points de côté, sommeil agité, sueurs nocturnes et même des hémoptysies.

Schönemann confirme, en 1909, dans la *Revue suisse de Médecine*, le tableau clinique esquissé par Kronig. Il déclare l'avoir rencontré bien souvent, avant la publication même de cet auteur, mais il avoue qu'à ce moment, il ne s'en était pas fait une idée nette.

Richter, la même année, publie huit cas semblables et prétend que ce syndrome de « Kollapsinduration » a été couramment observé par lui dans sa pratique otó-rhino-laryngologique.

Rosenberg, en 1911, publie dix-huit cas dans lesquels se rencontrent les mêmes signes physiques. Il insiste particulièrement sur le développement normal du thorax, chez presque tous les sujets observés, sauf au niveau de la fosse sus-claviculaire particulièrement rétractée (eingesunken). A la percussion, la submatité s'étendait jusqu'à la deuxième côte — le rétrécissement des champs de résonance était extrêmement net. Mais, contrairement à ce qu'avait signalé Blumel, dans les 18 cas qu'il publie, Rosenberg trouve un bon état général, les malades continuant à vaquer à leurs occupations. Sur ces 18 malades, 15 présentaient des végétations adénoïdes asso-

ciées ou non à une hypertrophie amygdalienne, à une rhinite hypertrophique, à une déviation de la cloison ; dans deux cas, il y avait seulement hypertrophie des cornets inférieurs ; dans un seul cas, uniquement une déviation de la cloison.

Chauvet, en 1909, décrivait en se basant sur un certain nombre d'observations « une lésion du sommet du poumon consécutive à un écoulement nasal longtemps prolongé ». Il disait : « Peut-être y a-t-il même, en cas d'obstruction nasale, une lésion du poumon lui-même, une véritable atelectasie ». Cette lésion se manifestait à la palpation par des vibrations un peu modifiées, généralement augmentées, à la percussion, par une sonorité diminuée, à l'auscultation par un murmure vésiculaire bas et faible. Cette symptomatologie, on le voit, ressemble de très près à celle décrite par les auteurs allemands, mais, pour l'auteur français, la localisation de ces signes se fait de préférence dans la zone de l'angle de l'omoplate, décrite par Martin du Magny « région comprise entre deux lignes verticales, dont l'interne suit la ligne épineuse de la colonne, l'externe empiète de 2 cm. sur le bord interne de l'omoplate, à 6 cm. de la première. Cette région s'étend depuis la 6^e dorsale en bas, jusqu'à une ligne passant à 1 ou 2 cm. au-dessus de l'angle supéro-interne de l'omoplate en haut ».

Cette hypothèse, nous le répétons, nous a paru intéressante. L'importance pratique de cette maladie, si elle existe réellement, réside exclusivement dans ses rapports avec la tuberculose. Utile à connaître au

point de vue du diagnostic d'une tuberculose pulmonaire au début, elle l'est encore en tant que facteur étiologique : des bacilles de Koch trouvant pour leur développement un terrain particulièrement favorable, préparé qu'il est, par cette atélectasie pulmonaire.

Pathogénie

Nous allons voir, en nous inspirant des travaux parus sur la question, ce qui, dans la symptomatologie pseudo-tuberculeuse que nous avons décrite, peut être attribué plus particulièrement à l'obstruction et ce qui relève plutôt de l'infection des voies aériennes supérieures.

Il est un nombre de faits physiologiques et pathologiques dus à l'obstruction nasale, qui sont à l'heure actuelle classiques. Nous nous contenterons de les passer brièvement en revue.

Phénomènes d'irritation, liés à la respiration buccale, favorisant l'éclosion de catarrhes trachéo-bronchiques, de bronchites chroniques, avec tout leur cortège symptomatique, dont les principaux signes sont la toux et l'expectoration. La pathogénie en est bien connue : cette irritation se produit, parce que dans la respiration buccale l'air inspiré n'est plus ni réchauffé ni filtré (Grehant, Lermoyez, Viollet).

Troubles laryngés : voix enrouée surtout au réveil avec souvent modification de la phonation, rhinolalie ouverte de Kussmaul avec nasonnement ou rhinolalie fermée ; dans cette dernière, lorsque l'obsta-

cle des fosses nasales est postérieur, les troubles sont particulièrement prononcés, donnant « la voie morte » de Meyer ; lorsque l'obstacle siège en avant on rencontre plutôt du nasillement.

Troubles généraux, dus à l'insuffisance de l'hématose, altération de l'état général, par insuffisance des fonctions de nutrition que l'on a surtout décrits chez les adénoïdiens, mais qu'on peut aussi bien rencontrer sur des sujets porteurs d'une obstruction nasale quelconque. Ces troubles sont encore imputables à la respiration buccale, dans laquelle l'amplitude des mouvements thoraciques est diminuée, tout comme est diminuée la capacité pulmonaire, faits démontrés depuis longtemps par Joal, à l'aide d'expériences spirométriques. Par quel processus l'oblitération des voies nasales et rétro-nasales agit-elle sur l'amplitude de la respiration ?

Pour Lermoyez et Weill, le nez, par la sensibilité de sa muqueuse, serait un organe régulateur de la respiration. Pour ces auteurs, grâce à un mécanisme réflexe, il y aurait, correspondant à un accroissement de la quantité d'air passant dans le nez au contact de la muqueuse nasale, un accroissement de l'augmentation thoracique et inversement.

Mlle Kohn-Enriquez, dans sa thèse, attribue la diminution de l'amplitude respiratoire, observée dans les cas de sténose nasale, à un spasme de la glotte, dû lui-même à une irritation de la muqueuse laryngée au contact de l'air non chauffé et non filtré.

Pour M. Sergent, la cause première de l'insuffisan-

ce respiratoire des sommets, « doit être recherchée dans une insuffisance progressive du jeu du diaphragme », mais pour cet auteur aussi, cette insuffisance reconnaît avant tout, à l'origine et comme point de départ, un obstacle naso-pharyngé, qui fait naître l'habitude de mal respirer.

Citons encore les troubles de développement et les troubles trophiques chez les individus respirant par la bouche, troubles marqués surtout au niveau de la face, du thorax, de la colonne vertébrale et signalés depuis fort longtemps (Robert 1843).

Ce qui nous intéresse tout particulièrement, ce sont les modifications apportées au murmure vésiculaire, par une obstruction nasale même unilatérale. Ces modifications ne sont pas connues depuis très longtemps : ce sont les travaux de MM. Lemoine et Sieur, travaux remontant à 1908, qui ont montré à l'aide d'observations cliniques le trouble apporté par l'obstruction nasale unilatérale dans la physiologie de la respiration pulmonaire. Avant eux, Tissié avait fait quelques expériences *in vivo* : après avoir bouché une des narines d'un lapin, il avait trouvé, au bout de quelques mois, une rétraction de la cage thoracique du même côté où il avait créé expérimentalement l'obstruction, avec diminution du murmure vésiculaire de ce côté. Cousteau ayant lui aussi obli-téré une narine chez un jeune lapin, sacrifié sept mois après, trouva sur le poumon correspondant des lésions d'emphysème pulmonaire.

MM. LEMOINE et SIEUR apportèrent à la Société Mé-

dicale des hôpitaux 53 observations de conscrits, atteints d'obstructions nasales diverses, dues en majeure partie à des déviations de la cloison, à des hypertrophies polypoïdes de cornets. 31 de ces hommes avaient de la diminution de l'inspiration fixe et persistante localisée aux sommets, la plupart au sommet droit ; quelques-uns présentaient, en outre, une expiration prolongée. Tous furent opérés et leur perméabilité nasale rétablie ; 13 seulement purent être revus 5 à 10 mois après leur opération et les résultats de leur auscultation sont les suivants : chez 10 d'entre eux, le bruit inspiratoire était devenu égal des deux côtés ; chez deux, le bruit inspiratoire était devenu plus fort du côté opéré ; chez un seul il n'y avait pas de modification. Marcel SIEUR, dans sa thèse, apporta 21 nouvelles observations et montra à nouveau que des anomalies des signes pulmonaires, observés à l'auscultation et à la percussion, pouvaient disparaître par le rétablissement de la perméabilité nasale.

En résumé, il est, à l'heure actuelle acquis, qu'une sténose nasale chronique, même unilatérale, conduisant à une respiration buccale, celle-ci amène toujours, quel qu'en soit le mécanisme, une insuffisance respiratoire. A cette ventilation pulmonaire diminuée, correspondent des modifications notables du murmure vésiculaire, localisées le plus généralement aux sommets, marquées exclusivement pour certains au sommet droit, bilatérales pour d'autres, sans qu'il soit possible, ainsi que le dit M. LEMOINE, « d'ériger

en règle le rapport existant entre l'unilatéralité homologue de la lésion et celle de la modification du murmure vésiculaire ».

A l'infection des voies aériennes supérieures, appartiendraient plus spécialement la plupart des symptômes généraux présentés par ces faux tuberculeux : déchéance de l'organisme, amaigrissement, anémie, dyspepsie, troubles nerveux, sueurs, fièvre. « C'est par la déglutition nocturne et parfois diurne chez l'adulte, continuelle chez l'enfant des sécrétions nasales septiques occupant l'arrière-nez que l'infection nasale retentit à distance sur l'organisme, dont elle amoindrit les grandes fonctions vitales » (KOHN-HENRIQUEZ). Sécrétions septiques, dont la septicité est parfois augmentée, par suite de l'écoulement de pus d'origine sinusiennne. De plus, en cas de lésion nasale, il y a pour le mucus nasal, altéré en quantité et en qualité, perte de ses propriétés bactéricides, propriétés signalées depuis longtemps par LERMOYEZ et WURTZ, attribuées par VIOLET à la présence dans ce liquide de leucocytes extrêmement abondants et doués de mouvements amiboïdes.

En ce qui concerne particulièrement la pathogénie de l'induration par sclérose que nous avons décrite, plusieurs théories ont été émises.

Par quel mécanisme se produit-elle ? Pourquoi les lésions siègent-elles de préférence aux sommets ? Pourquoi au sommet droit ? Pour KRONIG, cette pathogénie peut se résumer en trois propositions.

1° Du fait de la respiration buccale, les poussières

sont entraînées par l'air inspiré au niveau des bronches, elles amènent la formation de lésions catarrhales de ces bronches, d'abord des grosses, puis des moyennes, enfin des petites.

2° Ces lésions catarrhales sont suivies d'une atélectasie du parenchyme et secondairement d'une sclérose pulmonaire interstitielle.

3° Leur siège au sommet, s'explique par le fait que le courant inspiratoire y est plus fort, le courant expiratoire plus faible que dans le reste du poulmon. Le sommet du poulmon droit est leur siège de prédilection, à cause du mode de ramification des bronches apiculaires droites.

Il y aurait donc, pour KRONIG, à la base de cette induration pulmonaire, une inflammation catarrhale des bronches et des bronchioles, par simple inhalation de poussières.

Cette explication pathogénique ne nous paraît pas fondée. Elle ne nous paraît être basée sur aucune donnée anatomique ou physiologique précise. Beaucoup plus sensée nous semble l'explication donnée par SCHONEMANN. Pour cet auteur, par suite de la sténose nasale, le développement thoracique est lésé, l'ampliation inspiratoire insuffisante ; par contre-coup, il y a rétraction des sommets et, de cette rétraction, résulte une atélectasie des alvéoles, qui n'est que le premier facteur de l'état d'induration des sommets. Aussi SCHONEMANN propose-t-il de remplacer le terme de « Kollaps-induration » donné par KRONIG, par le terme de « Retrakts-induration »

qu'on peut traduire : induration par atélectasie. Pour lui, les sommets sont rétractés et non pas sclérosés. Dans un sommet très peu ventilé, il y aurait d'abord rétraction, puis atélectasie des alvéoles, puis enfin induration. Mais pour les deux auteurs le point de départ serait la respiration buccale à laquelle est condamné le malade du fait de sa sténose nasale.

Pour Chauvet, si l'écoulement de pus provenant d'une sinusite a été assez long, il peut rester dans la zone de l'angle de l'omoplate, un foyer d'induration pulmonaire en voie de sclérose. Cette affection résulte d'un ensemencement direct, par une sécrétion morbide descendue des voies aériennes supérieures et la migration des liquides septiques se fait dans le territoire des bronches apicales par un phénomène purement physique.

Diagnostic

Dépister une tuberculose pulmonaire tout à son début est, bien évidemment, d'une importance capitale. Mais, si le diagnostic positif en est délicat, parce qu'elle peut parfois être presque silencieuse ou parce qu'elle peut présenter une symptomatologie atténuée, peu nette, le diagnostic différentiel est encore plus complexe, en présence de signes susceptibles de lui appartenir et susceptibles aussi d'appartenir à une affection des voies respiratoires supérieures.

Avant tout, il est nécessaire de faire le diagnostic positif de cette affection et pour cela la condition essentielle, nous le répétons, malgré l'apparence naïve de cette affirmation, est d'y penser. Le diagnostic, en lui-même, est généralement assez facile : il se fait en combinant la rhinoscopie antérieure, à la rhinoscopie postérieure et en complétant ces examens par celui du pharynx. Cependant, il faut parfois rechercher avec soin l'existence d'une sinusite, qui ne se traduit pas par des symptômes objectifs et une allure clinique à grand fracas. La plupart sont des cas à évolution torpide, latente, traître, qui ne se ca-

raclérisent que par un catarrhe nasal plus ou moins abondant, une toux plus ou moins opiniâtre. L'éclairage des sinus peut n'être pas probant et ces sinusites peuvent se traduire par l'existence de polypes muqueux, visibles à l'examen rhinoscopique sous forme de masses arrondies, lisses, tremblotantes, mobiles, couleur « perle fine », baignant dans le pus et dont, après cocaïnisation et adrénalisation, on peut parfois apercevoir le pédicule s'enfonçant en haut dans le méat moyen. Ces sinusites peuvent encore se traduire à la rhinoscopie postérieure, par la présence de pus au niveau de la queue des cornets. Difficile est parfois enfin le diagnostic des ethmoïdites postérieures ne se traduisant que par un écoulement postérieur.

Une fois posé le diagnostic ferme de lésion nasale ou rétro-nasale, un premier pas est franchi, puisque nous supposons connu le rôle étiologique important de ces lésions, dans la genèse de cette symptomatologie complexe d'affection pulmonaire, associée ou non à des troubles de l'état général. Sur quoi peut-on se baser pour savoir s'il faut la rapporter à une tuberculose pulmonaire à la période de germination ou à une affection des voies respiratoires supérieures?

Les modifications des signes physiques observés à la percussion, mais surtout à l'auscultation dans les deux affections suffisent-elles? Nous ne le croyons pas. Elles sont exactement les mêmes. Aussi bien, ces modifications n'ont-elles peut-être pas, lorsqu'elles sont

isolées, une importance aussi absolue que celle qu'on leur a attribuée pendant de longues années, après les travaux de GRANCHER. Celui-ci disait d'ailleurs seulement : « La diminution du murmure vésiculaire peut persister pendant longtemps, sans addition d'aucun autre signe physique et constituer à elle seule pendant des mois et des années, non le premier degré mais la première étape d'une tuberculose ». A la Société Médic. des Hôp. M. BEZANÇON démontra qu'il existe chez beaucoup d'individus, une diminution du murmure vésiculaire aux sommets, sans trace de tuberculose en évolution, et il cita 173 cas chez lesquels il avait trouvé 127 fois une diminution du murmure vésiculaire à droite, 46 fois une diminution de ce murmure à gauche. Pour cet auteur, il s'agissait de lésions anciennes et cicatrisées du sommet. RAMOND et FRANÇOIS poussèrent les choses plus loin encore et énoncèrent l'hypothèse qu'il existait chez certains une submatité légère du sommet droit à l'état normal. Nous n'avons pas à discuter la valeur de la diminution du murmure vésiculaire comme signe précoce de tuberculose pulmonaire, alors surtout qu'elle est peut-être même, chez certains sujets, en quelque sorte normale, sans lésions spécifiques. Ce que nous pouvons dire : c'est qu'en présence d'une diminution du murmure vésiculaire au sommet on peut penser à l'existence d'une insuffisance fonctionnelle du lobe supérieur du poumon liée à des troubles de respiration nasale, mais qu'il

est absolument impossible de baser sur ce signe un diagnostic différentiel.

La recherche des bacilles de Koch est infiniment plus importante : 2 cas peuvent se présenter. Dans un cas la recherche des bacilles est positive et c'est un élément de diagnostic « probatoire et irréfutable », « la tuberculose pulmonaire a fait sa preuve », ce qui n'exclut pas d'ailleurs la possibilité, pour le malade tuberculeux, de présenter en même temps une lésion de ses voies respiratoires supérieures.

Dans un 2^e cas : un examen soigneux, pour lequel aura été employé le procédé de l'homogénéisation, ne décèle pas dans les crachats de bacilles de Koch et ce signe négatif, tout en ayant une grosse valeur, n'est pas probant, ne permet pas de conclure. Il est un fait indiscutable : c'est que dans toutes les observations publiées d'affections *simples* des voies respiratoires supérieures, on n'a jamais trouvé de bacilles. Mais il est certain aussi, qu'un malade peut être tuberculeux pulmonaire et ne pas cracher de bacilles, soit parce que ses lésions pulmonaires ne sont pas ulcérées, soit au contraire parce qu'elles sont cicatrisées. En résumé : positive, la recherche du Koch est concluante ; négative, elle laisse le diagnostic différentiel en suspens et il est d'autant plus délicat de conclure qu'il peut y avoir coexistence chez le même sujet d'une affection des voies respiratoires supérieures et d'une tuberculose pulmonaire à lésions cicatrisées ou à lésions non encore ulcérées.

L'examen radioscopique aide considérablement au

diagnostic ; les anomalies radiologiques constatées dans les deux affections et qui pourraient, à un examen superficiel, paraître identiques, ont cependant des différences bien tranchées. Dans les cas de fausses tuberculoses, il y a « une diminution uniforme de la transparence des sommets ; ce n'est pas une opacité, ce n'est même pas une ombre, c'est une sorte d'aspect embué ; mais, le contour des sommets est net, précis, régulier, nullement flou ou encoché ». De plus, dans ces cas, il y a illumination par la toux ; la ventilation des sommets est possible, puisqu'il s'agit d'insuffisance respiratoire fonctionnelle, sans lésion, s'opposant à leur expansion momentanée. Dans les cas de tuberculose pulmonaire, au contraire, les sommets sont « opaques, inégaux, pointus, déformés » (RIBADEAU-DUMAS, surtout il n'y a pas d'illumination au moment de la toux, pas d'expansion de ces sommets après la toux. C'est là une preuve qu'il s'agit bien de condensation définitive du parenchyme pulmonaire, d'une lésion empêchant la ventilation du sommet.

Cette lésion est-elle due forcément à un processus tuberculeux ? L'interprétation est difficile, si l'on admet l'existence d'une sclérose pulmonaire, faisant suite à une affection des voies respiratoires supérieures. Il nous paraît, dans ce cas, encore difficile de considérer l'examen radioscopique à lui seul comme concluant. C'est alors, par l'ensemble seulement de la symptomatologie, qu'on peut tenter de porter un diagnostic ; c'est alors qu'il faut se souvenir qu'en

cas de fausse tuberculose il y a, comme nous l'avons signalé, des modifications de l'état général, mais il n'y a pas de signes d'imprégnation tuberculeuse, pas d'aggravation rapide de l'état général, pas d'accidents aigus.

De plus, le traitement peut être d'un très utile secours pour le diagnostic. Il semble théoriquement, qu'en vertu de l'adage « *sublata causa tollitur effectus* » le traitement de l'affection des voies respiratoires supérieures devrait être « pierre de touche », et que le rétablissement de la perméabilité nasale ou le tarissement d'un écoulement postérieur devraient automatiquement entraîner la disparition des signes pulmonaires et des signes généraux anormaux. Il semble, en somme, à priori, que le diagnostic peut se déduire du succès ou de l'échec de la thérapeutique. Il en est fréquemment ainsi, mais pas toujours, et ces données n'ont pas la précision absolue d'un axiome. Trois cas peuvent être envisagés.

Parfois, le traitement opératoire ou le traitement médical spécial, agissent d'une façon extrêmement rapide. En 2 ou 3 mois, il y a disparition complète des signes fonctionnels anormaux, rétablissement de l'état général et les sommets redeviennent normaux à la percussion, à l'auscultation et à l'examen radioscopique. Certaines observations que nous publions à la fin de ce travail sont typiques à cet égard. Le traitement, dans ces cas, tranche le diagnostic de façon irréfutable.

Mais il est des cas où, après le traitement de l'af-

fection des voies respiratoires supérieures, l'amendement des signes fonctionnels et généraux d'une part, des signes physiques d'autre part, est assez lent à se produire. Pour les premiers cela se conçoit aisément. Il faut du temps au malade pour remonter son état général surtout lorsqu'il a été infecté, pendant des années, par les sécrétions septiques descendues de son nez ou de son cavum. Pour les seconds cela se conçoit aussi : en cas, par exemple, de disparition de l'obstacle des voies respiratoires naso-pharyngées, une augmentation du murmure vésiculaire se produit ; mais le malade, le plus souvent atteint depuis longtemps de sa sténose, a pris des habitudes respiratoires vicieuses et nous ne pensons pas que le temps seul puisse en amener la disparition. Ces malades ne profiteraient pas des bénéfices de leur opération si on ne leur apprenait à respirer par une gymnastique respiratoire appropriée.

En résumé : dans les 2 cas envisagés, le traitement permet de faire le diagnostic : dans un cas assez rapidement, dans l'autre plus lentement, en ajoutant au traitement de la lésion proprement dite, un traitement général.

Dans un 3^e cas : les signes fonctionnels, les signes généraux disparaissent plus ou moins rapidement, mais malgré la guérison de la sinusite, de l'écoulement postérieur, malgré le rétablissement de la perméabilité nasale, malgré le traitement général institué par la suite, les signes pulmonaires, eux, ne disparaissent pas. C'est, nous semble-t-il, la preuve que

si l'affection nasale est ancienne, il peut persister, même après le traitement rhino-pharyngien, une zone d'induration pulmonaire, une zone de sclérose définitivement constituée, correspondant à une véritable lésion pulmonaire. Le traitement spécial dans ces cas, ne peut rien prouver et le diagnostic différentiel nous paraît impossible d'avec une tuberculose pulmonaire cicatrisée ou éteinte (Observation I et VIII).

Nous pouvons donc conclure, en ce qui concerne la recherche du diagnostic par le traitement, qu'en présence d'une affection des voies respiratoires supérieures, le traitement de cette affection facilitera toujours le diagnostic ; le plus souvent il sera concluant ; il ne le sera pas dans les cas seulement où il existera soit une tuberculose pulmonaire éteinte, soit une lésion de sclérose pulmonaire.

Traitement

À quel moment le traitement du naso-pharynx doit-il être entrepris ? Aussitôt que seront reconnues ses lésions. Il n'est pas besoin d'insister sur cette nécessité en ce qui concerne le traitement d'une sup-puration : il va de soi qu'il est important de la tarir le plus tôt possible. En ce qui concerne la sténose nasale ou rétro-nasale, cela paraît moins évident, et c'est pourtant tout aussi nécessaire. Depuis longtemps ont été démontrés les inconvénients de la respiration buccale sur le développement général de l'individu, mais l'obstruction nasale paraît, en outre, jouer un rôle important dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire. Les insuffisants du nez, sont, comme l'a très justement écrit Leroux, des candidats à la tuberculose, parce que, chez eux, il y a suppression des moyens de défense de la cavité nasale et, par suite de la diminution de la ventilation pulmonaire, production de déformations thoraciques. Enfin, le bacille de Koch se greffera secondairement plus facilement sur un terrain préparé par l'atélectasie ou la sclérose pulmonaire, succédant à une sténose nasale. Les statistiques sont assez nombreuses, dé-

montrant que les insuffisants du nez sont particulièrement exposés à contracter une tuberculose pulmonaire. Mœller trouva, après un examen systématique de 120 tuberculeux, 84 % d'entre eux porteurs de sténose nasale. Von Rivers, comparant l'examen de 500 tuberculeux et de 500 non tuberculeux, trouva chez les premiers, deux fois plus que chez les seconds, d'individus respirant par la bouche. Wotzilka ne se contenta pas de faire le pourcentage des malades du nez parmi une multitude de tuberculeux pulmonaires ; il rechercha si les maladies nasales se rencontraient plus souvent parmi les tuberculeux, que parmi les malades atteints d'autres affections ou parmi des individus sains. Sur 100 tuberculeux avérés examinés par lui (67 hommes et 33 femmes), il se trouva 45 porteurs de lésions nasales (24 déviations de cloison, 8 queues de cornets, 12 hypertrophies amygdaliennes, 1 ozène) ; sur 100 non tuberculeux il ne se trouva que 13 porteurs de lésions nasales.

Il nous paraît donc utile, sinon nécessaire, d'intervenir le plus tôt possible pour lever l'obstacle et pour faire disparaître la cause de sténose nasale. Les malades non tuberculeux, présentant la symptomatologie que nous avons décrite retireront de l'intervention un bénéfice certain ; par elle on obtiendra souvent la guérison totale, la disparition de tous les signes anormaux ; de plus, comme prévenir est au moins aussi important que guérir, par une inter-

vention locale hâtive, on évitera la greffe secondaire d'une tuberculose.

On peut même se demander, en présence des statistiques citées plus haut, s'il ne serait pas utile d'intervenir aussi sur de vrais tuberculeux au début, porteurs, en outre, d'une lésion nasale. Glogau a opéré ainsi 19 cas. Chez tous, il constata une amélioration de l'état général, une augmentation de poids ; chez 11 d'entre eux, l'opération eut des effets heureux sur l'évolution du processus pulmonaire. Il nous est évidemment impossible de conclure d'une façon ferme, en nous basant sur un aussi petit nombre d'observations, qui sont les seules publiées à notre connaissance. Pour élucider la question, il faudrait des recherches ultérieures, il faudrait contrôler les résultats obtenus, après des interventions pratiquées en série sur des tuberculeux pulmonaires au début et sur ceux-là seuls, les cavitaires étant exclus. En tous cas, il nous semble logique de penser que ces tuberculeux pulmonaires peuvent, eux aussi, tirer bénéfice d'une intervention, puisque les deux principes essentiels de la cure, telle qu'elle est comprise dans les sanatoria, est d'une part d'apprendre à ces malades à respirer, d'autre part de leur apprendre à ne pas tousser. Or ces deux choses sont également difficiles à réaliser, pour ne pas dire impossibles, dans les cas de respiration buccale.

Quel est le traitement à préconiser? Nous n'avons pas à insister sur le traitement à instituer dans les cas de sinusites, ni à exposer la technique de l'abla-

lion de polypes muqueux, de végétations adénoïdes et de queues de cornets. Les rhinites chroniques, les rhino-pharyngites à écoulement chronique, éti-
quetées arthritiques, faute de mieux, sont d'un
traitement particulièrement difficile ; elles font le
désespoir du rhinologiste ; les cautérisations sem-
blent donner un coup de fouet à la maladie, plutôt
qu'elles ne la guérissent. Dans ces cas, un traitement
antiseptique par des instillations nasales de protar-
gol et de collargol et par des cures thermales, est seul
à recommander. Pour les déviations de la cloison, la
résection sous-muqueuse est le procédé de choix. En
cas d'hypertrophie des cornets inférieurs, un principe
doit dominer et guider le spécialiste. Il ne faut pas, en
voulant déboucher un nez, en faire par un agrandis-
sement démesuré, un nez béant. Le courant d'air pas-
serait alors, sans se réchauffer et sans se filtrer et les
inconvenients qu'on désirait supprimer se retrouve-
raient. Il faut donc se garder de substituer une rhi-
nite atrophique à une rhinite hypertrophique. Nous
insistons beaucoup sur ce point, imbus que nous
sommes de l'enseignement de notre maître le D^r
Georges LAURENS. Celui-ci estime qu'on a beaucoup
trop abusé des opérations rhinologiques ; il pense
qu'il faut pour décider, par exemple, une turbino-
tomie totale du cornet inférieur, des indications im-
périeuses, étant donnée l'importance physiologique
respiratoire considérable de cet organe. Pour lui, il
y a une question de mesure, d'opportunité ; il est né-
cessaire de savoir se contenter chaque fois que cela

sera possible, de cautérisations ignées des cornets inférieurs. En cas de dégénérescence polypoïde de ces cornets, la turbinotomie devra toujours être prudente et il sera le plus souvent suffisant d'enlever la muqueuse malade en l'ébarbant, sans toucher à la coque osseuse. Parfois enfin, on éprouvera de grandes difficultés à rétablir la perméabilité nasale dans les cas de collapsus des ailes du nez. Chez les malades qui en sont atteints, on se trouve en présence d'un nez effilé, à ailes accolées contre la cloison, tout le massif facial est d'ailleurs anormal. Dans ces cas, il n'y a pas d'intervention chirurgicale possible. Il faut se contenter d'apprendre à ces malades à dilater leurs narines au moment de l'inspiration par une série d'exercices patiemment et fréquemment répétés.

Dans tous les cas, d'ailleurs, que nous venons de passer brièvement en revue, il est nécessaire de faire suivre le traitement opératoire d'exercices de gymnastique respiratoire. Il faut rééduquer un malade qui aura « désappris » l'acte physiologique important qu'est la respiration nasale. Cette gymnastique respiratoire peut être faite soit par le procédé du spiroscope de Pescher, soit, mieux encore, par des exercices de gymnastique suédoise, conduits prudemment sous la direction du médecin et se succédant « dans un ordre rationnel, gradué et méthodique ». On pourra commencer par exercer la respiration diaphragmatique, puis la respiration thoracique supérieure dans le décubitus dorsal. Ensuite, on exercera la respiration dans la station debout, par des mou-

vements combinés d'élévation et d'abaissement des bras, d'extension et de flexion du tronc. Les résultats devront être fréquemment contrôlés par des mensurations cyrtométriques, mais surtout par des examens radioscopiques renouvelés assez fréquemment. Le traitement opératoire, suivi de ce traitement de rééducation de la respiration, pourra, chez ces faux tuberculeux pulmonaires par affection des voies respiratoires supérieures, se compléter utilement par un séjour prolongé loin des villes dans un air aussi pur que possible.

Observations

OBSERVATION I

(Volpillac). *résumée.*

Mlle Louise B... vient consulter parce que, depuis quelque temps, elle tousse aussi bien le jour que la nuit, parce qu'elle crache, le matin surtout, du muco-pus abondant, parfois sanguinolent. Cinq ou six jours avant sa venue, hémoptysie très abondante. La malade se plaint d'oppression, de douleurs thoraciques du côté droit. Perte de l'appétit et des forces, amaigrissement, sueurs nocturnes, léger état fébrile. Les signes stéthoscopiques montrent au sommet droit une submatité très nette, inspiration légèrement humée, expiration un peu prolongée, avec râles nombreux. On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats. L'examen spécial révèle chez cette malade la présence d'une sinusite sphénoïdale double et M. Martin du Magny, appelé à voir la malade, porte le diagnostic de congestion des sommets, sous la dépendance d'une suppuration sinusienne. Grâce au traitement de la sinusite, les accidents pulmonaires rétrocedent rapidement et 2 ou 3 mois plus tard, le sommet droit a récupéré à peu près son intégrité. Un an après, la malade revient, accusant les mêmes phénomènes qu'au début de la maladie, elle souffre de la tête, mouche du pus ; en même temps les troubles pulmo-

naires ont fait leur réapparition. En avant, au sommet : vibrations diminuées à droite, normales à gauche, sonorité diminuée à droite, normale à gauche ; inspiration rude, légèrement humée à droite, expiration un peu prolongée des deux côtés. En arrière : vibration et sonorités diminuées au sommet droit, normales à gauche, inspiration rude et légèrement humée à droite, légèrement soufflante à gauche, expiration un peu prolongée des deux côtés, pas de râles.

Huit jours après, la lésion a presque entièrement changé de côté : c'est à gauche qu'on trouve en avant et en arrière des vibrations diminuées, une inspiration rude, avec sibilances, une expiration prolongée, râles humides et secs en bouffées à la fin de l'expiration et à la toux. A trois reprises différentes, espacées environ d'une année, la malade présente des poussées aiguës du côté du poumon, coexistant avec des poussées aiguës du côté de ses sinus ; les signes pulmonaires étant améliorés chaque fois, par le traitement de la sinusite. Dans les périodes de calme, pendant lesquelles l'état général reste parfait, on trouve néanmoins une lésion dans la région de l'angle interne de l'omoplate. Celle-ci se traduit à ce niveau à droite et à gauche par une diminution de la respiration, avec expiration soufflante, par une légère submatité et par des râles à timbre métallique après la toux.

OBSERVATION II

(Médite, due à l'obligeance de M. Georges Laurens)

M. P..., 17 ans, vient consulter en mai 1918, pour une toux tenace, consécutive à une grippe, dont il a été atteint en janvier et qui l'a alité pendant 3 semaines. Con-

valescence dans le Midi pendant 2 mois. Amélioration de l'état général, mais, la toux, quoique diminuée, n'a jamais disparu ; elle s'accompagne d'une légère expectoration.

L'examen thoracique dénote à ce moment une légère submatité au sommet gauche avec expiration un peu prolongée. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. A la radioscopie : transparence très atténuée à gauche, adénopathie hilare bilatérale. Le père, une sœur sont morts tuberculeux. Le malade est suivi par un médecin qu'il a consulté, au point de vue d'une évolution bacillaire. C'est ce médecin qui l'envoie à M. Laurens.

L'interrogatoire apprend que depuis l'enfance le malade a des coryzas à répétition pendant l'hiver, accompagnés de toux, étiquetée trachéo-bronchite. Ses études ont été fréquemment interrompues, il n'a jamais consulté de laryngologiste.

A l'examen on est frappé par la déviation de l'axe nasal, qui reporte le nez en totalité vers la droite ; aucun souvenir de traumatisme, le nez est mince, effilé, le facies aplati dans le sens latéral. Voûte ogivale. La rhinoscopie montre une déviation considérable de la cloison à gauche, obstruant la fosse nasale correspondante. Volumineuses queues de cornets faisant hernie dans le cavum, baignant dans les mucosités. La voûte du pharynx est tapissée de muco-pus, qui descend dans le pharynx buccal. Sinus normaux. Larynx sain. Très légère hyperémie de la trachée qui est couverte de mucosités. M. Laurens déclare à la famille du malade que la rhinologie peut apporter une explication à l'origine de sa toux et des accidents qu'il a présentés jusqu'ici.

Le diagnostic porté est : trachéo-bronchite à répétition, consécutives à une insuffisance nasale à gauche, avec poussée d'infection rhino-pharyngée.

Le traitement chirurgical est accepté ; une résection

presque complète; ostéo-cartilagineuse et sous-périchondrique de la cloison est faite, avec amputation de la queue des cornets. Les cornets sont respectés.

Des séances de rééducation respiratoire et de culture physique sont prescrites. Le malade part à la campagne et revient en décembre. Transformation complète de l'état général : augmentation de 6 kilos. L'aspect pâle du facies a fait place à une coloration normale. La toux a disparu. L'examen médical pratiqué sur l'insistance de M. Laurens a donné une auscultation normale. La radioscopie thoracique montre une transparence égale des deux sommets, l'adénopathie hilare a disparu.

Ce malade est revu en novembre 1919. Il a eu depuis son opération un seul coryza aigu de courte durée, la toux a disparu. On peut l'attribuer à la suppression de l'obstruction nasale et surtout des infections à répétition.

OBSERVATION III.

(Inédite, due à l'obligeance de M. Georges Laurens)

M. A., 33 ans, a été soigné par plusieurs médecins comme atteint de tuberculose au début. Il tousse depuis nombre d'années, a des coryzas très fréquents avec périodes d'enrouement; récemment, en mars 1919, à la suite d'une grippe, il a maigri, sa toux est devenue plus tenace, sans expectoration. Il a des troubles digestifs, on a même songé chez lui à une appendicite. Un dernier médecin consulté n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans les crachats, mais des signes pulmonaires à gauche faisant craindre une tuberculose peut-être à son début (submatité, diminution du murmure, quelque sibillances; à l'examen radioscopique : transparence très

réduite des sommets, quelques ganglions hilaires. Le médecin conseille un examen des voies aériennes supérieures en raison d'un enchiêtrement constant et d'une déviation de l'axe du nez très marquée.

A la fin de mars, M. Laurens voit le malade et constate une imperméabilité presque totale de la fosse nasale gauche, déterminée par une déviation angulaire de la cloison, avec crête surajoutée et présence de queues de cornets volumineuses. L'intervention est conseillée. On pratique une résection de la crête ostéo-cartilagineuse avec résection sous-muqueuse de la cloison et ablation des queues de cornets. La perméabilité normale est rétablie et, au début de mai, M. Laurens cesse de voir le malade. Le hasard le lui ramène en avril 1920 pour des accidents, qu'il rapporte à une sinusite frontale grippale et liée en réalité à une névralgie sus-orbitaire. Le malade déclare qu'après l'opération il est parti en convalescence à la campagne pendant 2 mois et que son médecin, en octobre, l'a considéré comme radicalement guéri, après auscultation et contrôle radioscopique.

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'obligeance de M. Georges Laurens)

Mlle D., 22 ans, vient consulter en mars 1919 pour une toux, datant de plusieurs mois, qui, à la suite d'une grippe, s'est accompagnée de légères températures vésérales, avec amaigrissement. Son médecin n'a pas trouvé de lésions évidentes de tuberculose pulmonaire, mais ses sommets respirent mal. Il y a une submatité droite, diminution du murmure vésiculaire, expiration rude et prolongée, quelques sibilances. Les sommets ont perdu

de leur transparence à l'écran radioscopique, il existe une adénopathie hilaire bilatérale. Le passé de cette malade est très chargé : plusieurs bronchites dans l'enfance. Elle a été opérée de végétations adénoïdes, et a des otites à répétition. Crises d'entérite accompagnant assez souvent les coryzas. Opérée de l'appendicite il y a 2 ans. La malade raconte que les hivers se passent dans un rhume perpétuel avec poussées de trachéite et d'enrouement qui lui ont fait interrompre le chant.

La rhinoscopie montre un nez étroit, un véritable défilé très resserré de l'ogive nasale dû au contact des cornets inférieurs avec la cloison. Le méat inférieur est virtuel ; la muqueuse des cornets est pâle, mamelonnée, gaufrée, recouverte de mucosités. Il y a deux ailerons vomériens. Pas de queues de cornets à proprement parler, mais leur extrémité postérieure est pâle, framboisée. Muco-pus à la voûte. Légère laryngo-trachéite.

Diagnostic : Insuffisance nasale, avec dégénérescence polypoïde de la muqueuse des cornets inférieurs. Coryza; toux laryngo-pharyngée consécutive. M. Laurens conseille d'attendre la disparition de l'état subfébrile pour opérer. Intervention en avril : elle consiste en une turbinotomie partielle des cornets inférieurs ; la muqueuse seule de leur bord inférieur est réséquée de façon à obtenir une perméabilité respiratoire normale.

Guérison locale en 3 semaines.

La malade revient en octobre, au retour de la campagne, et elle présente une note de son médecin, déclarant que l'état pulmonaire à l'auscultation et à la radioscopie est tout à fait normal. Le médecin autorise le mariage.

OBSERVATION VI

(Inédite, due à l'obligeance de M. Georges Laurens)

M. T..., 29 ans, vient en avril 1919 pour une « pharyngite chronique ». Il tousse, il expectore depuis des années ; il attribue ces accidents à l'abus du tabac. Il y a de l'amaigrissement datant de janvier avec légère température le soir, très variable du reste, disparaissant par intervalles, exacerbation de la toux. Un état de fatigue, d'asthénie, d'inappétence intellectuelle ont dirigé le malade vers son médecin qui a diagnostiqué une entérite, mais a trouvé le poumon « suspect » : matité et diminution du murmure vésiculaire du sommet gauche ; quelques râles de bronchite prédominants aux deux sommets ; leur transparence est diminuée à l'écran radioscopique. L'examen rhino-laryngologique montre une suppuration épaisse, crémeuse, dans les deux méats moyens et sur la queue des cornets inférieurs. Cavum, pharynx buccal et larynx normaux. A la diaphanoscopie, on constate la présence d'une sinusite maxillaire double.

L'interrogatoire semble démontrer que cette sinusite date d'une grippe contractée cinq ans auparavant. Huit ponctions et lavages dia-méatiques sont faits sans amener de modifications dans la suppuration. La double cure radicale proposée, est acceptée et pratiquée sous anesthésie régionale. Guérison de la suppuration en dix jours à gauche, en treize jours à droite.

Le malade revient en février 1920 pour une otite légère. Il est guéri de ses accidents pulmonaires. L'auscultation ne dénote plus aucun signe anormal, pas plus d'ailleurs que la radioscopie. En deux mois, le sujet avait retrouvé un état de santé qu'il n'avait pas connu depuis des années et il déclare que deux mois après son opération, il avait cessé de tousser. Son médecin, dès cette épo-

que, avait constaté une amélioration notable tant du côté de son état pulmonaire que du côté de son état général.

Il apparaît bien qu'il s'agissait d'une infection des voies aériennes, déterminée par la suppuration maxillaire.

OBSERVATION VI

(Inédite, due à l'obligeance de M. Georges Laurens)

Mme B..., 38 ans, vient consulter en février 1919 pour des troubles auriculaires (bourdonnements et surdité de l'oreille gauche) récents, datant de 15 jours, une toux opiniâtre rebelle, consécutive à des accidents d'origine grippale remontant à 6 semaines, et accompagnée de troubles digestifs et d'amaigrissement. Le médecin qui l'adresse à M. Laurens, n'a pas trouvé, d'accord avec un phthisiologue, d'accidents pulmonaires d'ordre bacillaire, mais le sommet droit respire mal et la radioscopie montre un léger voile de ce sommet avec une adénopathie hilare. Il n'y a pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. Le médecin désire être informé du résultat de l'examen des voies aériennes supérieures, d'autant qu'une hémoptysie à l'âge de 23 ans a nécessité pour la malade une cure climatique à Leysin. Cette hémoptysie n'a été suivie d'aucun accident pulmonaire par la suite, depuis l'âge de 23 ans jusqu'à l'âge de 38 ans. L'interrogatoire apprend que les troubles auriculaires ont été précédés les années précédentes, pendant l'hiver, de petits accidents fugaces : otalgie légère, diminution de l'acuité auditive ; accidents intermittents, accompagnant les coryzas qui étaient fréquents. La malade les a négligés, n'a jamais vu de spécialiste, les attribuant à des végétations anciennes non opérées dans l'enfance, et qu'il était trop

tard, croyait-elle, de supprimer en raison de son âge. Bien souvent, l'hiver, elle était atteinte de toux tenace, qu'elle rapportait à une trachéite ou à une bronchite, elle était surveillée très attentivement, en raison de son hémoptysie ancienne. L'intensité de la surdité actuelle a mis son attention en éveil et l'a décidée à consulter. Elle raconte alors qu'elle présente une obturation nasale supportable pendant l'été, mais très marquée pendant l'hiver, avec toux et expectoration rhino-pharyngée depuis nombre d'années. Mais c'est surtout consécutivement à sa grippe, il y a quelques semaines, qu'elle a présenté de l'inappétence, une crise d'entérite, avec fièvre le soir, variant entre 37,8 et 38,2. En outre, apparition d'un amaigrissement qui inquiétait son entourage, plus qu'elle-même.

L'examen révèle une rhinite hypertrophique modérée avec muco pus sur le plancher des fosses nasales, chute de mucosités dans le pharynx provenant du cavum et la rhinoscopie postérieure fait apercevoir deux volumineuses queues de cornets procidentes, débordant le vomer, faisant hernie dans le cavum, rouges, muriformes, baignant dans du pus. Le larynx et les sinus sont normaux.

Il y a un catarrhe tubo-tympanique de l'oreille gauche. Diagnostic : Obstruction chronique des fosses nasales, déterminée par deux queues de cornets volumineuses, à opérer quand l'état fébrile aura disparu.

Intervention en mars : section de la muqueuse hypertrophiée du bord inférieur de chaque cornet inférieur et ablation des queues des cornets. Départ à la campagne.

La malade, revue en décembre 1919, se déclare guérie. Il y a disparition des coryzas, de l'imperméabilité nasale et, parallèlement, l'état général est revenu à la normale.

Il semble donc que la levée de l'obstacle et la suppression de l'infection ait amené une guérison des troubles locaux, en outre un examen médical révèle une

transformation radicale de l'état pulmonaire redevenu normal à l'auscultation et à la radioscopie.

OBSERVATION VII

(Chauvet, résumée)

Madame M..., 35 ans, se plaint de bronchites à répétition, durant depuis 3 ans. Affaiblissement, amaigrissement, sueurs nocturnes, perte de l'appétit avec troubles dyspeptiques, petites hémoptysies à plusieurs reprises.

Rien dans les antécédents héréditaires. Bons antécédents personnels : 3 enfants bien portants, sauf l'aîné qui a des troubles nerveux (alcoolisme paternel).

A l'examen du poumon : vibrations normales, submatité en avant dans les 2 premiers espaces intercostaux, en arrière dans la partie interne des fosses sus et sous-épineuses et surtout au niveau de l'angle de l'omoplate. A l'auscultation : respiration diminuée dans tout le sommet, râles sous-crépitaux, puis, à la fin de l'expiration, souffle expiratoire. La malade a la sensation d'un écoulement rétro-nasal qu'on perçoit facilement sur la paroi pharyngée. A l'examen spécial : muqueuse nasale gonflée, molle, cornet inférieur gauche fortement hypertrophié. L'éclairage du sinus maxillaire gauche montre une obscurité très nette. Ponctions répétées ; muco-pus abondant.

Un mois après le début du traitement de la sinusite, l'état général de la malade s'est très amélioré. L'embonpoint est revenu ; les troubles gastro-intestinaux ont disparu.

La malade est revue un an plus tard, sa santé est parfaite, l'état pulmonaire est redevenu normal.

OBSERVATION VIII

(Chauvet, résumée)

M. B..., 22 ans, est atteint depuis quelques mois d'une bronchite du sommet droit qui, bien que traitée, n'a pas cessé de récidiver. Etat général altéré, affaiblissement, sueurs, perte d'appétit, perte de poids de plus de 20 kilos. Réformé pour bronchite spécifique.

Mère bien portante, père mort probablement de tuberculose.

Le malade vient se faire examiner, très impressionné par une hémoptysie toute récente, mais légère. L'émaciation n'est pas considérable, pas de température, toux fréquente.

L'examen du poumon permet de constater à droite une bronchite du sommet ; de plus, il existe une submatité très accusée en avant et en arrière ; les râles humides ont le caractère de craquements, ils ne sont pas modifiés par la toux. Les signes sont plus accusés en arrière, au-dessus de la région du hile, la respiration est soufflante à ce niveau. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. A l'examen spécial, on trouve un pharynx granuleux ; sur la paroi postérieure duquel descend du muco-pus ; cet écoulement postérieur date de fort longtemps ; on trouve en plus des végétations adénoïdes qu'on enlève.

En moins de trois semaines, toute trace de bronchite a disparu, la santé revient très vite.

M. B..., revu quelques années après, n'a jamais été malade depuis l'époque où il a été vu pour la première fois. Mais on trouve encore au sommet droit une submatité légère, une respiration diminuée, un peu rude, basse, avec expiration soufflante et quelques râles sous-crépitants à la toux.

Conclusions

1° Il existe de fausses tuberculoses pulmonaires d'origine naso-pharyngienne et toutes les maladies obstruantes et infectantes du naso-pharynx sont susceptibles de donner tout ou partie du tableau clinique de ces pseudo-tuberculoses.

2° On ne pense pas assez souvent à examiner les voies respiratoires supérieures d'un malade, présentant des signes fonctionnels, généraux et physiques, rappelant de très près ceux d'une tuberculose pulmonaire au début ou en évolution ; surtout, l'on ne pense pas assez souvent à rapporter à ces voies respiratoires supérieures la symptomatologie observée.

3° S'il est nécessaire de connaître l'importance des maladies du naso-pharynx dans l'étiologie et la genèse de ces accidents pulmonaires et généraux simulant une tuberculose, il faut tout de même tenir un juste milieu et ne pas substituer la « rhinophobie » à la « tuberculophobie ».

4° Il est possible qu'une maladie du naso-pharynx : sténose nasale chronique, écoulement septique, dû à une lésion nasale, rétro-nasale ou sinusienne, produise, en dehors d'une insuffisance fonctionnelle des poumons, une lésion pulmonaire réelle : d'abord até-

lectasie à laquelle peut succéder, à la longue, une véritable sclérose.

5° De l'oblitération nasale uni ou bilatérale relèvent plus spécialement les modifications des signes physiques et les signes fonctionnels anormaux. Les modifications de l'état général reconnaissent plutôt comme facteur étiologique l'infection des voies aériennes supérieures.

6° Le diagnostic entre les vraies tuberculoses pulmonaires et ces fausses tuberculoses est délicat. Il doit surtout s'appuyer sur l'existence d'une affection des voies respiratoires supérieures, sur l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration des malades, sur l'examen radioscopique des poumons.

7° Le traitement opératoire pourra, dans certains cas, être d'un utile secours pour le diagnostic, en amenant la disparition rapide de la symptomatologie pseudo-phymique. Cette disparition est le plus souvent lente à se produire ; elle peut même ne pas se produire du tout en ce qui concerne les signes pulmonaires, sans qu'il y ait pour cela tuberculose vraie, si l'on admet qu'à l'atélectasie des alvéoles, premier stade de la lésion pulmonaire, a succédé un deuxième stade de sclérose pulmonaire.

8° Le traitement du naso-pharynx devrait être fait hâtivement, aussitôt que seraient constatées ses lésions. En particulier, on devrait supprimer le plus rapidement possible, opératoirement, toute cause de sténose nasale menant à une respiration buccale,

pour ne pas exposer les malades qui en sont porteurs au danger d'acquérir une tuberculose pulmonaire, à laquelle ils sont particulièrement exposés. Nous pensons même que les tuberculeux pulmonaires au début, porteurs en outre d'une sténose nasale, pourraient tirer grand profit du rétablissement de leur perméabilité nasale.

9° Ce traitement opératoire de l'oblitération nasale doit consister à lever l'obstacle, mais il faut procéder avec prudence, il ne faut pas transformer un nez bouché en un nez béant, les inconvénients seraient les mêmes.

10° Le traitement opératoire est presque toujours insuffisant. Une gymnastique respiratoire appropriée à séances brèves et régulières doit leur faire suite. Les résultats doivent être contrôlés par des examens radioscopiques fréquents. La valeur fonctionnelle de l'acte respiratoire devra, en outre, être recherchée fréquemment par des mensurations cyrtométriques et au moyen de la spirométrie. Enfin ces malades pourront tirer grand profit d'un séjour dans des stations thermales appropriées. Il faudra, en tous cas, leur prescrire un séjour assez long, loin des villes, dans un air aussi pur que possible.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

CHAUFFARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- BEAUMONT. — La respiration buccale, ses causes, ses résultats. — *Le Larynx*, janvier 1914.
- BECARES. — Les dangers de l'insuffisance nasale chez les enfants. — *Clinica castellana*, février-mars 1913.
- BEZANÇON. — Diminution du murmure vésiculaire au sommet et en particulier au sommet droit. Sa valeur séméiologique. — *Soc. Médic. Hôp.*, 20 déc. 1907.
- BEHR. — Les affections des voies aériennes supérieures dans la tuberculose au début. — *Bräuer's Beitrag zur Klinik der Tuberkulose*, 3 janvier 1904.
- FLUMEL. — Ueber Kollapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenatmung und ihre differential Diagnose gegen Tuberkulose der Lunge. — *Munchener mediz. Wochenschrift*, 1908, n° 30, p. 1573.
- BRECCIA. — Hypocapacité respiratoire des sommets sans manifestations de localisation tuberculeuse. — *Presse médicale*, 9 décembre 1918, p. 629.
- BURCHARDT. — Comment se comporte, dans certaines conditions pathologiques, le courant d'air nasal. — *Archiv. für laryngologie*, 1905, Bd. 17.
- CARLES. — Pseudo-tuberculoses d'origine nasale. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, février 1917, n° 2, p. 23.

- CHABORY. — Influence des infections nasales sur l'appareil respiratoire. — Thèse de Paris, 1892.
- CHAUVET. — Relations pathogéniques entre les fosses nasales et la poitrine. — Thèse de Bordeaux, 1909.
- CHAVANNE. — *L'oto-rhino-laryng. internationale*, p. 222.
- CLÉMENT. — Rapport des maladies des fosses nasales avec les organes respiratoires. — Thèse de Paris, 1895.
- CROWE. — Rapport des infections naso-pharyngiennes avec les désordres organiques. — *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, janvier 1917, p. 1.
- DUCOS. — Contribution à l'étude des cavités naso-pharyngées chez les tuberculeux pulmonaires. — Thèse Bordeaux, 1905.
- FLETCHER-INGALS. — Rapports entre les maladies du nez et la tuberculose. — *British medic. associat. congress.*, Montréal, 1897.
- FLORAND-FRANÇOIS-FLURIN. — Bronchites chroniques et leur traitement, p. 142.
- FREUDENTHAL. — Tuberculoses pulmonaires et maladies du nez et du pharynx. — *Brauer's Beitrage zur Klinik der Tuberkulose*, 1904, vol. 2, p. 51.
- GRANCHER. — Maladies de l'appareil respiratoire, 1890.
- GRIFFIN. — La respiration nasale. — *Medic. Record*, 11 décembre 1915.
- HEYMAN. — 76^e assemblée des naturalistes et médecins allemands, Breslau 18-24 septembre 1904, Tome II, p. 357.
- KINDBERG et DELHERM. — *Presse médicale*, n° 63, novembre 1917.
- KOHN-ENRIQUEZ. — Les pseudo-tuberculoses d'origine naso-pharyngiennes. — Thèse Paris, 1919.
- KRONIG. — De la simple Kollapsinduration non tuberculeuse du sommet droit par sténose nasale chronique. — *Deutsche Klinik*, Band XI, p. 634.

LAUBRY et MARRE. — Sur l'aptitude au service militaire des tuberculeux pleuro-pulmonaires. — *Paris Médical*, 21 juillet 1917, p. 63.

LAURENS (Georges). — Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien, p. 232.

LANDOLT. — Introduction à l'étude des troubles digestifs liés aux maladies du nez et du rhino-pharynx. Thèse Paris, 1901.

LEMOINE et SIEUR. — *Bulletin Soc. Médic. Hôp.*, février 1908 et déc. 1908.

LEROUX. — Obstruction nasale et tuberculose. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1907, n° 1.

LERMOYFZ. — Insuffisance nasale fonctionnelle et rééducation respiratoire. — *Annales mal. oreille*, septembre 1904, p. 248.

MARTIN DU MAGNY. — Sur des accidents pseudo-phymiques d'origine nasale. — *Bullet. Acad. Médéc.*, 2 juillet 1901.

MOELLER. — Tuberculose pulmonaire et maladies nasopharyngées. — *Zeitschrift zur Tuberkulose Bänd.*, V.

PAPIN. — A propos de la gymnastique par la spirométrie. — *Gaz. heb. des sciences médicales*, 8 avril 1917, p. 50.

PESCHIER. — Posologie et graduation de l'exercice dans l'entraînement respiratoire par la méthode spirosopique. — *Presse Médic.*, 24 septembre 1917.

PHILIBERT. — Rapports entre respiration nasale et tuberculose pulmonaire. — *Progrès Médical*, 1914.

RAMOND-FRANÇOIS. — La submatité au sommet droit. — *Bulletin Soc. Médic. des Hôp.*, 16 novembre 1917, p. 1.134.

ROSENTHAL. — Gymnastique et rééducation respiratoire.
— *Presse médic.*, 1904, n^{os} 17, 28, 43, 64. —
Annales maladies oreille, janvier 1904.

RICHER. — Zur Kenntniss der einfachen nichttuberkulösen Kollapsinduration. — *Deutsche Med. Wochenschr.*, 1908, n^o 18.

RIST. — Les principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire. — *Presse médicale*, 1916, n^o 39.

— Le diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et les affections chroniques des fosses nasales. — *Presse Médicale*, 24 juillet 1916, n^o 41.

VON RIVERS. — *British Médic. Journal*, 16 juin 1906, 1^{er} déc. 1906.

ROSENBERG. — Die Beziehungen der chronischen nasensténose zur Lungentuberkulose, *Deutsche Med. Woch.*, n^o 35, 31 août 1911, p. 1596.

— Chronische nasensténose und Kollapsinduration der rechten Lungenspitze. — *Archiv. für Laryng. et Rhinol.*, Bd. 25, p. 9.

SANSEIGNE. — Contribution à l'étude des insuffisances respiratoires pouvant en imposer pour de la tuberculose. — Thèse de Paris, 1913.

SERGENT. — Critique des méthodes de diagnostic de la tuberculose. — *Monde Médical*, 23 juillet 1914.

— Les suspects de tuberculose. — *Paris Médical*, 7 avril 1917, p. 263.

— Histoire suggestive de quelques faux tuberculeux. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 28 juillet 1916, p. 1424.

— Insuffisance respiratoire des sommets et le diagnostic de la tuberculose chez l'adulte. — *Bull. Ac. Méd.*, 11 mai 1920, p. 425.

- SERGEANT et DELAMARE. — *Bulletin Ac. Méd.*, 30 octobre 1916, p. 329.
- SEUFFERHELDT. — Ueber den Unterschied in physikalischen Verhalten beider Lungenspitze, *Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, Bd VII Heft. I.
- SIEUR. — Du murmure vésiculaire avant et après le traitement chirurgical de l'obstruction des fosses nasales. — *Bull. Ac. Méd.*, 12 mars 1912, p. 212. — *Bulletin de la Soc. Française d'oto-rhino-laryngol.*, mai 1918.
- SIEUR (Marcel). — Du murmure vésiculaire avant et après le traitement de l'obstruction des fosses nasales. — Thèse de Lyon, 1911.
- SCHONEMANN. — L'infiltration non tuberculeuse du sommet des poumons comme conséquence d'une obstruction nasale. — *Schweitzerische Rundschau für Medizin.*, août 1909, n° 2, p. 164.
- TISSIÉ. — Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire. — *Journal des Praticiens*, 1908, p. 536.
- VACHER. — L'insuffisance nasale, ses formes, ses causes, ses conséquences. — *Presse Méd.*, 22 novembre 1905, n° 94.
- VOLPILLAC. — De l'infection de l'appareil pulmonaire consécutive aux empyèmes chroniques des cavités du nez. — Thèse de Bordeaux, 1898.
- VIOLLET. — Les moyens de défense des fosses nasales contre l'infection. — Thèse Paris, 1900.
- WILSON. — Relations de la gorge et du nez avec les maladies dans la pratique générale. — *The Practitioner*, 1914, n° 6.
- WOTZILKA. — Behinderte Nasenatmung und Lungentuberkulose. — *Médiz. Klinik*, 31 mai 1914, n° 22, p. 928.

